



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ANA THAÍSA DA SILVA LEAL

**Características sociais, econômicas e clínicas dos pacientes
com úlceras crônicas em relação ao sexo**

ARACAJU-SE

2014

ANA THAÍSA DA SILVA LEAL

**Características sociais, econômicas e clínicas dos pacientes
com úlceras crônicas em relação ao sexo**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador:

Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes

ARACAJU-SE

2014

ANA THAÍSA DA SILVA LEAL

**Características sociais, econômicas e clínicas dos pacientes
com úlceras crônicas em relação ao sexo**

Monografia apresentada ao colegiado do curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito parcial para obtenção
do grau de bacharel em Medicina.

Aprovada em ____/____/____

Autor: _____

ANA THAÍSA DA SILVA LEAL

Orientador: _____

PROF. DR. MARCO ANTÔNIO PRADO NUNES

BANCA EXAMINADORA

Àqueles a quem tudo devo: Deus e minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo a Deus e à minha família. Nada teria sido possível sem a minha fé e o apoio daqueles que estiveram sempre ao meu lado.

Ao meu orientador Dr. Marco Prado, por seus ensinamentos e seu compromisso em me auxiliar na condução desse trabalho.

Aos pacientes que fizeram parte desta pesquisa, pela confiança e colaboração na coleta dos dados durante o tempo deste estudo. Vocês foram fundamentais para torná-lo concreto.

"A ciência nos dá conhecimento dos fatos médicos, mas só o humanismo dá o sentido à
medicina".
(Autor Desconhecido)

LISTA DE ABREVIATURAS

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

DM: Diabetes Mellitus

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

HUS: Hospital Universitário de Sergipe

ICMJE: International Committee of Medical Journal Editors

IMC: Índice de Massa Corpórea

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

JVASC: Jornal Vascular Brasileiro

OMS: Organização Mundial da Saúde

SBACV: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

SUS: Sistema Único de Saúde

TVP: Trombose Venosa Profunda

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1. REVISÃO DE LITERATURA	09
1.2 – REFERÊNCIAS	15
2. ARTIGO ORIGINAL	19
Título	19
Resumo	20
Abstract.....	21
Introdução	22
Métodos	23
Resultados.....	24
Discussão	25
Agradecimentos	27
Referências	28
Figuras	32
Tabelas.....	33

1. REVISÃO DE LITERATURA

As úlceras venosas acometem indivíduos em idade produtiva e acarretam afastamentos do trabalho e aposentadorias precoces (SILVA *et al*, 2009). Embora a úlcera venosa seja mais frequente na população idosa, a maioria das lesões inicia antes dos 60 anos (CALLAM, 1994). Os custos com o tratamento são elevados e nem sempre podem ser financiados pelos pacientes e suas famílias (MARTINS, SOUZA, 2007). Além disso, a taxa de recidiva situa-se em torno de 70% até o segundo ano de cicatrização e os portadores, geralmente, convivem com essas lesões por vários anos. Esses fatores, associados à alta prevalência das feridas crônicas, configuram a úlcera venosa como um problema de saúde pública (SILVA *et al*, 2009; DE ARAUJO *et al*, 2003).

A úlcera de perna localiza-se no terço inferior dos membros inferiores e se caracteriza por uma perda localizada ou irregular de estruturas cutâneas, como derme e epiderme, podendo afetar também tecidos mais profundos (FRADE *et al*, 2005). As causas vasculares, como insuficiência venosa, doença arterial oclusiva e diabetes, constituem a sua principal etiologia, sendo que a úlcera de origem venosa representa cerca de 70 a 90% dos casos. Elas são consideradas crônicas quando não cicatrizam dentro do período de seis semanas (ABBADE, LASTÓRIA, 2006; BORGES, 2005; BERGQVIST *et al*, 1999).

A prevalência de úlcera venosa ativa é de aproximadamente 0,3% e aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima de 65 anos (ABBADE, LASTÓRIA, 2006). Sua frequência vem aumentando de acordo com o aumento da expectativa de vida da população mundial (FRADE *et al*, 2000; ARNOLD, WEST, 1991). A relação entre mulheres e homens idosos, frequentemente, é 3:1, e o fator de preponderância nas mulheres é a longevidade, pois abaixo dos 40 anos a relação é igual para ambos os sexos. Os dados no Brasil são pouco precisos, porém já estimaram uma prevalência que variou de 1,5 a 3,6%. Esses índices superam a prevalência esperada para a população em geral (YAMADA, 2003). Em estudo realizado com 154 pacientes no nordeste do Brasil a idade média foi de 53,7 anos e a maioria dos indivíduos (79%) eram do sexo feminino (SOUZA *et al*, 2013).

As veias dos membros inferiores possuem válvulas bicúspides unidirecionais que dirigem o fluxo sanguíneo do sistema venoso superficial ao profundo. A contração dos músculos da panturrilha durante a deambulação funciona com uma bomba que comprime as

veias profundas e impulsiona o sangue para o coração. Com o aumento da pressão no sistema venoso profundo, as válvulas fecham impedindo o fluxo retrógrado e o aumento da pressão no sistema venoso superficial (O'DONNELL JR, LAU, 2006; VALENCIA *et al*, 2001).

Ainda que os mecanismos fisiopatológicos que levam à ulceração ainda estejam em discussão na comunidade científica, a hipertensão venosa crônica é o fator de risco mais frequentemente encontrado nesses pacientes (O'DONNELL JR, LAU, 2006; FRANÇA, TAVARES, 2003; CALLAM, 1994; FALANGA, EAGLSTEIN, 1993). A insuficiência venosa crônica é uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo sanguíneo. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos. Alguns estudos mostraram que o refluxo venoso superficial tem uma participação importante na fisiopatologia da úlcera venosa. (SHAMI *et al*, 1993; LABROPOULOS *et al*, 1996). O resultado dessa disfunção é a instalação de um estado de hipertensão venosa. A sobrecarga venosa ocorre devido à intensificação do fluxo sanguíneo retrógrado que sobrecarrega o músculo da panturrilha a ponto deste não conseguir bombear quantidades maiores de sangue, na tentativa de contrabalançar a insuficiência das válvulas venosas (FRANÇA, TAVARES, 2003).

A avaliação clínica é importante para estabelecer o diagnóstico da úlcera (AGUIAR *et al*, 2005). Entre os sinais e sintomas característicos de insuficiência venosa observam-se dor, mais intensa em úlceras profundas na região do maléolo e úlceras associadas à atrofia branca (VALENCIA *et al*, 2001); edema de tornozelo, sobretudo no final do dia e eczema de estase (ABBADE, LASTÓRIA, 2006); dermatite ocre devido ao extravasamento de hemácias na derme e depósito de hemossiderina nos macrófagos e lipodermatoesclerose, com graus variáveis de induração e fibrose, que, quando crônica, pode envolver todo o terço distal do membro inferior (PHILLIPS, DOVER, 1991); atrofia branca, reconhecida por cicatrizes estelares atróficas de cor branco-marfim, com teleangectasias ao redor (MAESSEN-VISCH *et al*, 1999); e veias varicosas, que, embora reforce o diagnóstico de úlcera venosa, não é um sinal patognomônico (BROWSE *et al*, 2001).

Todos os pulsos devem ser palpados, principalmente o pedioso e o tibial posterior (ABBADE, LASTÓRIA, 2006) para afastar a possibilidade de doença arterial nos pacientes acometidos por úlceras de membros inferiores (DEALEY, 2001). Além do desenvolvimento lento e da localização no terço inferior da perna, a lesão apresenta bordas superficiais e irregulares, pele quente ao toque e edema; a dor é variável, melhorando com a elevação do

membro. Pode ser diferenciada da úlcera de origem arterial, pois esta pode ocorrer também nos dedos, pés ou calcanhar, com rápido desenvolvimento; geralmente é profunda com bordas irregulares; a pele ao redor é lustrosa, fria ao toque e cianótica; e a dor associada é de grande intensidade (YAMADA, 2003; DEALEY, 2001).

Os exames complementares fornecem um diagnóstico mais preciso das alterações anatômicas e funcionais do sistema venoso. A ultrassonografia Doppler é atualmente considerada o método padrão ouro por causa da sua acurácia, reprodutibilidade e natureza não invasiva (ALDUNATE *et al*, 2010). Através deste método, pode-se avaliar a presença de refluxo em óstio de veias safenas magna e parva, assim como refluxo hemodinamicamente significativo no sistema venoso profundo (SOUZA, 2011).

O tratamento de feridas ao longo do tempo depende das características de sua evolução e de avaliações sistematizadas. Assim, diferentes prescrições, frequências e tipo de curativos ou coberturas podem ser necessários e vão variar de acordo com o momento evolutivo do processo cicatricial. A sua eficácia depende da eliminação ou controle dos fatores causais, adequando suporte sistêmico e utilização de terapia tópica apropriada (BARBOSA, CAMPOS, 2010).

As técnicas de cuidados com feridas têm sido registradas há muitos séculos, pelos egípcios e gregos, e até a década de 70, defendia-se que a cicatrização era mais satisfatória quanto mais seca estivesse a ferida (BORGES, CHIANCA, 2000). A cicatrização de feridas é um conjunto de fases fisiológicas e bioquímicas que ocorrem em resposta a uma agressão sofrida pelo organismo, finalizando com o reparo do tecido lesado. Para que ocorra este processo é necessário que o ambiente local propicie a formação de colágeno, a angiogênese, a epitelização e a contratura da ferida, exigências obtidas com mais sucesso em ótimas condições de temperatura, hidratação e oxigenação. Nos últimos anos, diversos estudos têm demonstrando que a manutenção do meio úmido no leito da ferida e a cobertura da mesma favorecem e aumentam a velocidade de cicatrização (BORGES, CHIANCA, 2000; RIBEIRO, SANTOS, 1997).

Para o tratamento tópico, é importante a utilização de coberturas; estas devem ser não aderentes, estéreis e impermeáveis a microrganismos; devem absorver o excesso de exsudato da superfície da ferida; e devem fornecer um ambiente úmido e térmico (BORGES, 2005). Para as úlceras com excesso de exsudato os curativos com alginato, carvão, prata ou hidropolímeros são os mais indicados. Já para aquelas com quantidade leve a moderada de

exsudato, preferem-se os curativos com hidrocolóide e os hidrogéis(ABBADE, LASTÓRIA, 2006).

A solução salina (0,9%) é a mais indicada para a limpeza da superfície da ferida por ser uma solução isotônica, ter o mesmo pH do plasma e não interferir no processo de cicatrização normal. Além de não causar danos teciduais, não provoca reações de hipersensibilidade ou alérgicas e também não altera a microbiota da pele, permitindo o crescimento de organismos menos virulentos. Outra opção é a água potável, comumente usada para limpeza de feridas porque é facilmente acessível, eficiente e de baixo custo (BORGES, 2005). O uso de substâncias antissépticas, como povidine (PVP-I), não são recomendadas, devido à toxicidade para os fibroblastos e interferência no processo cicatricial (BORGES, CHIANCA, 2000; LIN *et al*, 2003; ÉCHELI, BUSATO, 2006).

Além da limpeza mecânica, as feridas comprometidas com tecido necrótico requerem o desbridamento cirúrgico com remoção do tecido desvitalizado até expor-se o tecido saudável (BORGES, 2001). A presença de tecidos inviáveis, além de favorecer infecções, não permite a formação de bom tecido de granulação e adequada reepitelização(BREM *et al*, 2004; BORGES, 2001). Na úlcera de etiologia venosa, geralmente o tecido necrótico é mais superficial, aderido, de cor amarela e imbricado no tecido de granulação (BORGES, 2005). O desbridamento pode ser feito através dos métodos autolítico, químico e mecânico.

No método autolítico ocorre autodestruição natural do tecido necrótico. As enzimas presentes nos lisossomas são liberadas após a morte celular, passando a digerir o conteúdo das células e necrosando o tecido. Este processo atrai inicialmente os neutrófilos polimorfonucleares e posteriormente os macrófagos para a área lesada e necrosada, liberando mais enzimas lisossomais, que auxiliam a digerir os detritos. É necessário que o leito da ferida seja mantido com uma umidade fisiológica e temperatura em torno de 37°C, uma vez que a autólise é um processo ativo que requer enzimas e células. O desbridamentoautolítico apresenta a vantagem de ser um método indolor, não invasivo e seletivo, isto é, não apresenta risco de lesar o tecido de granulação. Contudo, é um método lento quando comparado com o químico e o mecânico (BORGES, 2005; ABBADE, LASTÓRIA, 2006).

No método químico, são utilizadas enzimas proteolíticas, como collagenase e papaína, com o propósito de obter uma rápida remoção do tecido desvitalizado pela degradação do colágeno. Essas enzimas decompõem as fibras de colágeno natural que constituem o fundo da lesão, por meio das quais os detritos permanecem aderidos aos tecidos. Não existe

seletividade nesse tipo de desbridamento, correndo-se o risco de causar a degradação do tecido de granulação, uma vez que este é rico em colágeno natural (BARBOSA, CAMPOS, 2010; VALENCIA *et al*, 2001).

O método mecânico consiste na remoção da necrose do leito da ferida utilizando-se de força física, que pode ser empregada por meio de fricção, do uso de gaze úmida a seca e de instrumental cirúrgico. Os dois primeiros não são seletivos e o último dependerá da habilidade e abordagem do profissional. A técnica cirúrgica é a mais rápida e efetiva para a remoção da necrose, principalmente quando o paciente necessita de intervenção urgente, como nos casos de celulite ou sepse. É um procedimento invasivo, doloroso e com riscos para o paciente (BORGES, 2001; MARQUEZ, 2003; CARMO *et al*, 2007; VALENCIA *et al*, 2001).

A terapia compressiva é a forma mais adequada de controle da hipertensão venosa nos membros inferiores, aumentando a taxa de cicatrização (YAMADA, 2003; CULLUM *et al*, 2001). Ela pode ser obtida com o uso de meias ou bandagens, que podem ser elásticas ou inelásticas e ter uma ou mais camadas (BORGES, 2005). A pressão externa que a compressão deve realizar no tornozelo dos pacientes com úlcera venosa é em torno de 35 a 40mmHg e gradualmente menor na região abaixo do joelho. Todos os métodos de compressão são contraindicados se o paciente apresentar doença arterial periférica, ou seja, pulsos distais não palpáveis ou índice tornozelo-braquial inferior a 0,5 (VALENCIA *et al*, 2001; BROWSE *et al*, 2001; LIN *et al*, 2003).

As ataduras compressíveis são mais utilizadas na fase inicial do tratamento. As inelásticas criam alta pressão com a contração muscular durante a deambulação e pequena pressão ao repouso. A mais tradicional é a bota de Unna, impregnada com óxido de zinco, criando um molde semissólido. A bota de Unna modificada é menos rígida, chamada de atadura de pequeno estiramento. Já as ataduras elásticas têm maior estiramento e causam alta pressão tanto com a contração muscular quanto com o repouso. Suas vantagens são o baixo custo e a reutilização. Entre as desvantagens estão a aplicação incorreta pelo paciente, a variação da pressão ao longo do dia e a perda de elasticidade com as lavagens (ABBADÉ, LASTÓRIA, 2006; CHOUCAIR, PHILLIPS, 1998). O sistema multicamadas é mais efetivo do que os tradicionais, e a alta compressão é mais efetiva do que a baixa compressão (CULLUM *et al*, 2001).

Outras medidas complementares podem auxiliar no processo de cicatrização, como o repouso, que diminui os efeitos da hipertensão venosa. Deve ser realizado com o membro

inferior elevado acima do nível do coração durante trinta minutos, três a quatro vezes ao dia, e durante a noite devem-se elevar os pés do leito em altura de 15 a 20 centímetros. Os pacientes também devem ser estimulados a realizar breves caminhadas três a quatro vezes ao dia, manter o peso dentro da faixa de normalidade e evitar o tabagismo (ABBADE, LASTÓRIA, 2006). Drenagem linfática manual e fisioterapia são necessárias em alguns casos para melhorar a mobilidade do tornozelo (ZIMMET, 1999). Drogas como pentoxifilina (BARBARINO, 1992), aspirina (IBBOTSON *et al*, 1995) e diosmina (GHILOU *et al*, 1997) são citadas na literatura por sua aparente capacidade de estimular a cicatrização.

Após a cicatrização da úlcera, o grande desafio é evitar a recidiva. O uso contínuo de meias elásticas é indicado nessa fase (ABBADE, LASTÓRIA, 2006). A compressão é graduada do tornozelo para a coxa de 30 a 40 mmHg ou 40 a 50 mmHg, de acordo com a prescrição médica após avaliação de cada caso (PARTSCH, 1991). Em pacientes com significativa insuficiência do sistema venoso superficial, isolada ou combinada com insuficiência de perfurantes, importante melhora pode ocorrer após cirurgia das veias varicosas, além de melhora do prognóstico ao longo do tempo (ZAMBONI, 2003; ZIMMET, 1999). Uma alternativa terapêutica é a escleroterapia com micro espuma para veias tronculares (SOUZA, 2011), indicada nos pacientes com refluxo venoso superficial de origem primária, varizes residuais pós-tratamento cirúrgico ou em idosos que tenha contraindicação clínica ao tratamento cirúrgico convencional (FIGUEIREDO, 2008). O tratamento da insuficiência venosa profunda é mais complexo e inclui reposição e transplante de válvulas e derivações, com recomendações e resultados controversos (PUGGIONI *et al*, 2004; BOTELLA *et al*, 2003).

Partindo dos princípios organizacionais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), espera-se que haja a integração entre os níveis de complexidade da assistência. Cabe ao nível primário maior aproximação aos portadores de úlcera venosa, desenvolvendo um trabalho de acompanhamento e continuidade ao tratamento, evolução e encaminhamento ao nível secundário e/ou terciário quando houver necessidade de acompanhamento especializado, diagnóstico diferenciado e exames complexos. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos (TORRES *et al*, 2009).

1.2. REFERÊNCIAS

1. ABBADE, L.P.F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An Bras Dermatol**, v.81, n.6, p.509-522, 2006.
2. AGUIAR, E.T. et al. Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica. Diretrizes sobre Diagnóstico, Prevenção e Tratamento da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV). **J Vasc Br**, v.4, n.3, p.195-200, 2005. Suplemento 2.
3. ALDUNATE, J.L.C.B. et al. Úlceras venosas em membros inferiores. **Rev Med, São Paulo**, v.89, n.3/4, p.158-163, jul./dez. 2010.
4. ARNOLD, F.; WEST, D.C. Angiogenesis in wound healing. **Pharmacol Ther**, v.52, n.3, p.407-422, dez. 1991.
5. BARBARINO, C. Pentoxifylline in the treatment of venous leg ulces. **Curr Med Res Opin**, v.12, n.9, p.547-551, 1992.
6. BARBOSA, J.A.G.; CAMPOS, L.M.N. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enfermería Global**, n.20, out. 2010.
7. BERGQVIST, D.; LINDHOLM, C.; NELZEN, O. Chronic leg ulcers: the impact of venous disease. **J Vasc Surg**, v.29, n.4, p.752-755, 1999.
8. BORGES, E.L.; CHIANCA, T.C.M. Tratamento e cicatrização de feridas – parte I. **Dermatologia Nursing - Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, SP, ano 3, n.21, p.24-29, fev. 2000.
9. BORGES, E.L. Fatores Interferentes no Processo de Cicatrização. In: _____. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: COOPMED, 2001.
10. BORGES, E.L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
11. BOTELLA, F.G. et. al. Nuevos avances en elconocimientodel síndrome postrombótico. **AnMed Interna (Madrid)**, v.20, n.9, p.483-492, set. 2003.

12. BREM, H.; KIRSNER, R.S.; FALANGA, V. Protocol for the successful treatment of venous ulcers. **Am J Surg**, v.188, p.1-8, jul. 2004. Suplemento 1A.
13. BROWSE, N.L. et al. Úlcera venosa: diagnóstico. In: _____. **Doenças venosas**. Rio de Janeiro: Di-livros, 2001. p.485-520.
14. CALLAM, M.J. Epidemiology of varicose veins. **Br J Surg**, v.81, n.2, p. 167-173, fev. 1994.
15. CARMO, S.S. et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.506-517, maio/ago. 2007.
16. CHOUCAIR, M.; PHILLIPS, T.J. Compression therapy. **Dermatol Surg**, v.24, n.1, p.141-148, jan. 1998.
17. CULLUM, N. et. al. Compression for venous leg ulcers. **Cochrane Database Syst Rev**. 2001;2:CD000265.
18. DE ARAUJO, T. et al. Managing the patient with venous ulcers. **Ann Intern Med**, v.138, n.4, fev. 2003.
19. DEALEY, C. Úlceras Venosas. In: _____. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. São Paulo: Athneu, 2001.
20. ÉCHELI, C.S.B.; BUSATO, C.R. Tratamento tópico de úlcera de estase venosa – proposta para padronização. **Ciência, Biologia e Saúde**, v.12, n.1, p.7-14, mar. 2006.
21. FALANGA, V.; EAGLSTEIN, W.H. The “trap” hypothesis of venous ulceration. **Lancet**, v. 341, n. 8851, p. 1006-1008, abr. 1993.
22. FIGUEIREDO, M. Tratamento esclerosante das varizes. In: MAFFEI, F.H.A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
23. FRADE, M.A.C. et al. Úlceras de perna. In: GAMONAL, A.C. **Dermatologia elementar: compêndio de dermatologia**. Juiz de Fora: Aloisio Carlos Couri Gamonal, 2000, p.115-117.
24. FRADE, M.A.C. et. al. Úlcera de perna: um estudo em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol**, v.80, n.1, p.41-46, 2005.

25. FRANÇA, L.H.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. **J Vasc Br**, v.2, n.4, p.318-328, 2003.
26. GHILHOU, J.J. et al. Efficacy of Daflon 500 mg in venous leg ulcer healing: a double-blind, randomized, controlled versus placebo trial in 107 patients. **Angiology**, v.48, n.1, p.77-85, jan. 1997.
27. IBBOTSON, S.H. et al. The effect of aspirin on haemostatic activity in the treatment of chronic venous leg ulceration. **Br J Dermatol**, v.132, n.3, p.422-426, mar. 1995.
28. LABROPOULOS, N.; DELLIS, K.; NICOLAIDES, A.N. The role of the distribution and extent of reflux in the development of signs and symptoms in chronic venous insufficiency. **J Vasc Surg**, v.23, n.3; p.504-510, 1996.
29. LIN, P.; PHILLIPS, T. Ulcers. In: BOLOGNIA, J.L.; JORIZZO, J.L.; RAPINI, R.P. (Eds). **Dermatology**. New York: Mosby, 2003.
30. MAESSEN-VISCH, M.B. et al. Atrophieblanche. **Int J Dermatol**, v.38, n.3, p.161-172, mar. 1999.
31. MARQUEZ, R. Desbridamento de feridas e hidroterapia. In: GOGIA, P.P. (Ed). **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
32. MARTINS, D.A.; SOUZA, A.M. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Cogitare Enferm**, v.12, n.3, p.353-357, jul./set. 2007.
33. O'DONNELL JR, T.F.; LAU, J. A systematic review of randomized controlled trials of wound dressings for chronic venous ulcer. **J Vasc Surg**, v.44, n.5, p.1118-1125, nov. 2006.
34. PARTSCH, H. Compression therapy of the legs – A review. **J DermatolSurgOncol**, v.17, n.10, p.799-805, 1991.
35. PHILLIPS, T.J.; DOVER, J.S. Leg ulcers. **J Am Acad Dermatol**, v.25, n.6, pt.1, p.965-987, dez. 1991.

36. PUGGIONI, A. et al. Surgicaldisobliterationofpostthromboticdeepveins-endophlebectomy-isfeasible. **J VascSurg**, v.39, n.5, p.1048-1052, discussion 52, maio 2004.
37. RIBEIRO, R.C.; SANTOS, O.L.R. Considerações acerca da cicatrização e da biologia do reparo tecidual. **Cad Dermatol**, v.115, n.1, p.80-83, 1997.
38. SILVA, FA.A. et al. Enfermagem em estomatoterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.6, p.889-893, nov./dez. 2009.
39. SHAMI, S.K. et al. Venous ulcers and the superficial venous system. **J Vasc Surg**, v.18, n.4, p.716-719, 1993.
40. SOUZA, E.M. Avaliação do refluxo venoso ao Collor Doppler ultra-som em pacientes com úlceras de perna por doença venosa crônica. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-graduação em Medicina, Aracaju-Sergipe, 2011.
41. SOUZA, E.M. et al. Ulcer due to chronic venous disease: a sociodemographic study in northeastern Brazil. **Ann Vasc Surg**, v.27, n.5, p.571-576, jul. 2013.
42. TORRES, G.V. et al. Idosos com úlceras venosas atendidos nos níveis primário e terciário em Natal/RN: caracterização sociodemográfica, saúde e assistência. **Rev Enferm UFPE online**, v.3, n.4, p.1005-1012, 2009.
43. VALENCIA, I.C. et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. **J Am Acad Dermatol**, v.44, n.3, p. 401-421, mar. 2001.
44. YAMADA, B.F.A. Úlceras Venosas. In: JORGE, A.S.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.
45. ZAMBONI, P. et. al. Minimally invasive surgical management of primary venous ulcers vs. compression treatment: a randomized clinical trial. **Eur J VascEndovascSurg**, v.25, n.4, p.313-318, abr. 2003.
46. ZIMMET, S.E. Venous leg ulcers: modern evaluation and management. **Dermatol Surg**, v.25, n.3, p.236-241, mar. 1999.

2. ARTIGO ORIGINAL

Características sociais, econômicas e clínicas dos pacientes com úlceras crônicas em relação ao sexo.

Ana Thaísa da SilvaLeal¹, Marco Antônio Prado Nunes².

¹Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

²Doutor em medicina (Cirurgia Cardiovascular) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor titular da UFS.

Este estudo não teve nenhuma fonte de financiamento.

Autor para correspondência e contatos pré-publicação:
Marco Antônio Prado Nunes
Endereço: Rua Juarez carvalho, 303. Apto 102.
CEP: 49025370-Aracaju-Sergipe.
Telefone-fax: (79) 32462918
Celular: (79) 9988-2862
E-mail: nunes.ma@ufs.br

RESUMO

Contexto: A úlcera venosa crônica, além do impacto biopsicossocial, representa um custo financeiro ao paciente e aos sistemas de saúde e previdenciário. Reconhecer os fatores relacionados ao risco dos pacientes com essa patologia é um ponto fundamental na sua abordagem clínica. **Objetivo:** Avaliar as características sociais, econômicas e clínicas dos pacientes com úlceras crônicas em relação ao sexo no ambulatório de um Hospital Universitário. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, no qual foram avaliados cem pacientes portadores de úlceras crônicas em membros inferiores. **Resultados:** A idade média do grupo estudado foi de 55 anos, sendo 51% dos casos do sexo feminino. Não foi observada relevância estatística ($p < 0,05$) com relação às variáveis sociodemográficas. Dentre as clínicas, hipertensão arterial sistêmica ($p = 0,04$) e história de fratura em membros inferiores ($p = 0,023$) mostraram forte associação com úlcera crônica em membros inferiores nos sexos feminino e masculino, respectivamente. **Conclusão:** As úlceras de perna constituem uma condição com prevalência significativa na população mundial, marcada por um curso crônico e recorrente, e associada a muitas outras doenças. Nesse estudo, a hipertensão arterial sistêmica e a história de fratura foram os fatores que mais fortemente se relacionaram à úlcera venosa crônica em membros inferiores nos sexos feminino e masculino, respectivamente.

Palavras-chave: úlcera venosa crônica, fatores de risco, sexo feminino, sexo masculino

ABSTRACT

Background: Chronic leg ulcer, besides biopsychosocial impact, represents a financial cost to the patients and to the health and pension systems. Recognizing factors that are related to the patients risk is a key point for their clinical approach. **Objective:** Evaluate the social, economic and clinical characteristics of the patients with chronic ulcer on the basis of gender in an ambulatory of a university hospital. **Methods:** A cross-sectional study that evaluated one hundred patients with chronic leg ulcers. **Results:** The average age of the group studied was 55 years, being 51% of the cases female. There wasn't statistically significant ($p < 0,05$) between sociodemographic variables and gender. Among the clinic ones, systemic arterial hypertension ($p = 0,04$) and history of fracture ($p = 0,023$) has been show strong association with the chronic leg ulcer on female and male, respectively. **Conclusion:** Leg ulcers are a condition with a significant prevalence in world's population, characterized by a chronic and recurrent course, and associated with many other diseases. In this study, systemic arterial hypertension and history of fracture were the factors that had a stronger association with chronic leg ulcer on the female and male, respectively.

Keywords: chronic leg ulcer, risk factors, female, male

INTRODUÇÃO

Úlcera de perna é uma síndrome em que há destruição de camadas da pele, como derme e epiderme, podendo atingir subcutâneo e tecidos mais profundos. Ela acomete com frequência o terço distal dos membros inferiores e sua causa geralmente está relacionada ao sistema vascular arterial ou venoso¹⁻². De acordo com a literatura, 70 a 90 % das úlceras de perna são de etiologia venosa³⁻⁵.

Os Estados Unidos têm uma prevalência estimada em 500.000 a 800.000 casos. Na Europa e Austrália, a incidência relatada varia de 0,3 a 1% da população total, enquanto que mundialmente gira em torno de 2,7%⁶⁻⁸. Embora os estudos brasileiros sejam pouco precisos, alguns autores estimam que 3% da população nacional são portadores desse tipo de lesão. A prevalência aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima de 65 anos⁴.

Ainda que a úlcera venosa seja mais prevalente na população idosa, a maioria das lesões inicia antes dos 60 anos⁹, acometendo indivíduos em idade produtiva e acarretando afastamentos do trabalho ou aposentadorias precoces¹⁰. De acordo com estudo realizado por Abbade et al¹¹ em pacientes com úlcera venosa com idade média de 57 anos, 35% deles estavam aposentados, 16,1% afastados do trabalho devido à úlcera, 2,5% recebendo auxílio doença, e 4,2% desempregados.

As diversas complicações decorrentes da úlcera venosa exercem forte impacto na qualidade de vida dos pacientes. Essas lesões causam dor, perda de mobilidade e independência funcional¹²⁻¹³. Além do afastamento das atividades laborais, ocorre uma mudança significativa nos hábitos de vida dos indivíduos, acarretando baixa autoestima, isolamento social, sentimento de inutilidade e diminuição do prazer nas atividades cotidianas^{4,12}.

Apesar da alta prevalência da úlcera venosa, do custo financeiro ao paciente e aos sistemas de saúde e previdenciário e do impacto físico e psicossocial, ela é frequentemente negligenciada^{4,14}. O reconhecimento dos fatores relacionados ao risco de pacientes com úlcera venosa crônica em membros inferiores é um ponto fundamental na abordagem desses indivíduos. O objetivo deste artigo foi de avaliar as características sociais, econômicas e clínicas dos pacientes com úlceras crônicas de membros inferiores em relação ao sexo no ambulatório de um Hospital Universitário.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal realizado no ambulatório de cicatrização do Hospital Universitário de Sergipe, no período de oito meses (entre setembro de 2011 a maio de 2012). Esta pesquisa foi planejada de acordo com a Declaração de Helsinki e também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe no dia 15 de julho de 2011, sob o número 0190.0.107.000-11. Após a assinatura do consentimento livre e esclarecido, os pacientes foram entrevistados e os dados foram registrados em um formulário padronizado.

Amostra

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com úlceras em membros inferiores de duração maior que quatro semanas; nas etiologias relacionadas a insuficiência venosa, diabetes mellitus, trauma, isquemia, doenças autoimunes, infecções e anemias hemolíticas; unilateral ou bilateral.

Foram considerados os seguintes critério de exclusão: os que apresentaram comprometimento cognitivo que impossibilitasse a participação e aqueles que não assinaram o termo.

Variáveis:

Foram coletados dados sociodemográficos como idade, gênero, estado civil, ocupação e local de residência; e variáveis clínicas como etiologia, características da úlcera, presença de condições mórbidas associadas como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

Análise estatística

A análise descritiva foi realizada através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e por meio de medidas de tendência central e variabilidade no caso das variáveis numéricas. A análise inferencial foi realizada através de intervalos de confiança. A comparação da frequência entre os grupos foi realizada através do teste qui-quadrado e a comparação entre as médias foi realizada com o teste t de Student. O nível de significância foi de 0,05.

RESULTADOS

Foram acompanhados durante o período do estudo 100 pacientes com úlceras crônicas, com idade mediana de 55 anos (intervalo interquartilico: 40 a 66 anos) e um tempo mediano de ulceração de 18 meses (intervalo interquartilico: 6 a 84 meses). Desses pacientes 51% foram do sexo feminino. Não foram observadas, entre os sexos (Tabela 1), diferenças em relação a idade ($p = 0,362$), IMC ($p = 0,704$), número de doenças ($p = 0,624$), quantidade de úlceras ($p = 0,528$), tempo de ulceração ($p = 0,988$), e tempo de doenças ($p = 0,988$). Pouco

mais da metade dos pacientes relataram vinculação com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) seja através de benefício ou aposentadoria e apenas 31% tinham uma ocupação remunerada. Não foram observadas diferenças entre os dois grupos em relação à ocupação, a situação civil e o local de residência se na capital ou no interior do estado (Tabela 2).

A etiologia da úlcera mais frequente (Figura 1) foi a insuficiência venosa, observada em 49% dos casos, seguida do pé diabético em 17% deles. Não foram detectadas diferenças de diagnóstico entre os sexos quanto às etiologias das úlceras (Tabela 3).

Dentre os fatores associados ao risco de úlceras crônicas (Tabela 4), predominaram a presença de hipertensão arterial sistêmica e relato de cirurgia anterior, em 47% e 46% dos indivíduos estudados, respectivamente. Também se destacou a coexistência de obesidade em 28% e diabetes mellitus em 24% dos casos. Não menos importante foi a presença de trombose venosa profunda (14%) e fratura óssea anterior (17%), sendo que esta última mostrou-se mais frequente no sexo masculino.

Os sinais e sintomas associados ao quadro clínico dos pacientes estudados estão descritos na Tabela 5. Mais da metade deles tinham a pressão arterial não controlada. Dor na úlcera e edema em membros inferiores estavam presentes também em mais da metade dos indivíduos. Dermatite ocre foi observada em 37% dos casos, dor na panturrilha em 34% e dor articular em 26% deles.

DISCUSSÃO

Observou-se um maior número de mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em relação aos homens, o que diverge dos dados de prevalência global de HAS na literatura, que sugere prevalências semelhantes entre os sexos¹⁵. A HAS é uma

doença que pode interferir no processo cicatricial, pois, além de estar associada à aterosclerose, também induz à alteração endotelial e do enchimento capilar, inibição da síntese de colágeno e diminuição do aporte de oxigênio tecidual devido à vasoconstrição¹⁶⁻²⁰. A associação da úlcera venosa com outras doenças foi frequente nesse estudo e já foi relatada por outros autores^{2,4,5,21}.

Os homens apresentaram história de fratura em membros inferiores com uma frequência três vezes maior que as mulheres. A explicação para essa situação pode estar relacionada com causas externas, como acidentes automobilísticos e violência^{22,23}. As fraturas múltiplas ou de ossos longos estão associadas a um risco alto de trombose venosa profunda (TVP)²⁴. O processo de recanalização do trombo após TVP lesiona as válvulas venosas, facilitando o refluxo sanguíneo e a consequência é a instalação de um quadro de hipertensão venosa permanente, com o surgimento de sinais e sintomas de insuficiência venosa crônica, que tem como uma de suas principais complicações a úlcera de estase venosa²⁵.

Ainda que não tenham sido observadas diferenças significativas das variáveis clínicas entre os sexos, verificou-se que o diabetes mellitus (DM) e a obesidade estavam presentes na população estudada de forma semelhante a relatada em outros trabalhos^{2,4,5,21}. O DM, assim como a HAS, influenciam complicações vasculares¹⁸. Segundo Sugerman et al²⁶ e Padberg et al²⁷, a obesidade grave está associada com risco de estase venosa em membros inferiores, ulceração pré-tibial, celulite e edema bronze. Quanto maior o número de doenças associadas, maior será a influência sobre a resposta de cicatrização, pois estas dependem de fatores imunológicos globais²⁰.

Embora não tenha sido detectada nesse estudo, já relataram uma maior prevalência do sexo feminino que pode ser explicada pela maior longevidade, pois abaixo dos 40 anos a relação descrita na literatura é igual para ambos os sexos^{2,5,28}. As doenças geriátricas,

incluindo as úlceras de perna, tendem a se tornar cada vez mais frequentes na rotina médica, devido a transição demográfica que ocorre na população do mundo desenvolvido atual e também na brasileira^{2,29,30}.

Um dado importante foi que quase 70% dos pacientes não possuíam vínculo empregatício e 50% recebia algum tipo de benefício do INSS. As feridas crônicas aumentaram o número de aposentadorias precoces, com perda de mão-de-obra ativa e considerável impacto socioeconômico^{5,10}, o que é agravado ainda mais pelo elevado número de recidivas¹⁸. Pode-se evidenciar, nesse cenário, a importância de uma assistência qualificada para evitar perda da capacidade funcional e da qualidade de vida dos indivíduos portadores de úlcera venosa crônica, diante da amplitude de sinais e sintomas associados a essa condição clínica.

Os resultados deste estudo são relevantes porque as úlceras de membros inferiores constituem uma condição com prevalência significativa na população mundial, marcada por um curso crônico e recorrente, e associada a muitas outras doenças. Porém esta pesquisa pode estar relacionada a um possível viés de seleção, pois foi realizado na atenção secundária de saúde e fatores socioeconômicos e as barreiras geográficas, que podem ter dificultado o acesso ao serviço.

Portanto neste estudo hipertensão arterial sistêmica e antecedente de fratura em membros inferiores foram as condições clínicas associadas com úlcera venosa de forma estatisticamente mais significativa entre os dois sexos. Novos estudos com maior número de indivíduos e tempo de acompanhamento são necessários para analisar possíveis variáveis relacionadas aos sexos, a fim de melhor compreender tais relações.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe do ambulatório de cicatrização do HUS, por ter contribuído para esta pesquisa com a triagem, realização de curativos e avaliações periódicas dos pacientes nela envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução João Clemente Dantas do Rego Barros. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV. Úlcera de perna: um estudo em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. An Bras Dermatol. 2005; 80(1):41-6.
3. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2007 maio/ago [acesso em 2014 abr 30]; 9(2):506-17. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>
4. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An Bras Dermatol. 2006; 81(6):509-22.
5. Barbosa JAG, Campos LMN. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. Enfermería Global [Internet]. 2010 out [acesso em 2014 mar 30]; 20. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal>
6. Yamada BFA. Úlceras Venosas. In: JORGE, A.S.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
7. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. An Bras Dermatol. 2006 mar/abr; 81(2):131-5.

8. Abdalla S, Dadalti P. Uso da sulfadiazina de prata associada a nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. *An Bras Dermatol*. 2003 mar/abr; 78(2):227-33.
9. Calam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg*. 1994 fev; 81(2):167-73.
10. Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomatoterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm*. 2009 nov/dez; 62(6):889-93.
11. Abbade LP, Lastória S, de Almeida Rollo H, Stolf HO. A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. *Int J Dermatol*. 2005 dec; 44(12):989-92.
12. Farias SNP, Zeitoune RCG. A interferência da globalização na qualidade de vida no trabalho: a percepção dos trabalhadores de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2004 dez; 8(3):386-92.
13. Kan YW, Delis KT. Hemodynamic effects of supervised calf muscle exercise in patients with venous leg ulceration. *Arch Surg*. 2001 dez; 136(12):1364-9.
14. Gonsalves CF. Venous leg ulcers. *Techniques in vascular and interventional Radiology*. 2003 set; 6(3):132-36.
15. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension*. 2004; 22(1):11-9.
16. Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1085-92.
17. Clark JJ. Wound repair and factors influencing healing. *Crit Care Nurs Q*. 2002; 25(1):1-12.
18. Oliveira, BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. *Rev Eletr Enf*. 2012 jan/mar; 14(1):156-63.

19. Biondo-Simões MLP, Alcantara EM, Dallagnol JC, Yoshizumi KO, Torres LFB, Borsato KS. Cicatrização de feridas: estudo comparativo em ratos hipertensos não tratados e tratados com inibidor da enzima conversora da angiotensina. *RevColBras Cir.* 2006 mar/abr; 33(2):74-8.
20. Silva FAA. Hipertensão arterial sistêmica em pacientes com úlcera venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de Enfermagem em Estomatoterapia [dissertação]. Fortaleza-CE: Universidade Estadual do Ceará; 2009.
21. Silva FAA, Moreira TMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. *Rev Enferm UERJ.* 2011 jul/set; 19(3):468-72.
22. Itami LT, Faro ACM, Meneghin P, Leite RCBO, Silveira CT. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. *RevEscEnferm USP.* 2009; 43(Esp2):1238-43.
23. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública.* 2004 jul/ago; 20(4):995-1003.
24. Baruzzi ACA, Nussbacher A, Lagudis S, Souza JAM. Trombose venosa profunda – Profilaxia. *ArqBrasCardiol.* 1996; 67(3):215-18.
25. França LH, Tavares V. insuficiência venosa crônica – Uma atualização. *J Vasc Br.* 2003; 2(4):318-28.
26. Sugerman HJ, Sugerman EL, Wolfe L, Kellum Jr JM, Schweitzer MA, Demaria EJ. Risks and benefits of gastric by-pass in morbidly obese patients with severe venous stasis disease. *Ann Surg.* 2001 jul; 234(1):41-6.
27. Padberg Jr F, Cerveira JJ, Lal BK, Pappas PJ, Varma S, Hobson RW 2nd. Does severe venous insufficiency have a diferente etiology in the morbidly obese? Is it venous? *J VascSurg.* 2004 jan; 37(1):79-85.

28. Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *RevBrasEnferm.* 2012 jul/ago; 65(4):637-44.
29. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta paulenferm.* 2012; 25(3):329-33.
30. Vasconcelos AMN; Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *EpidemiolServ Saúde.* 2012; 21(4):539-48.

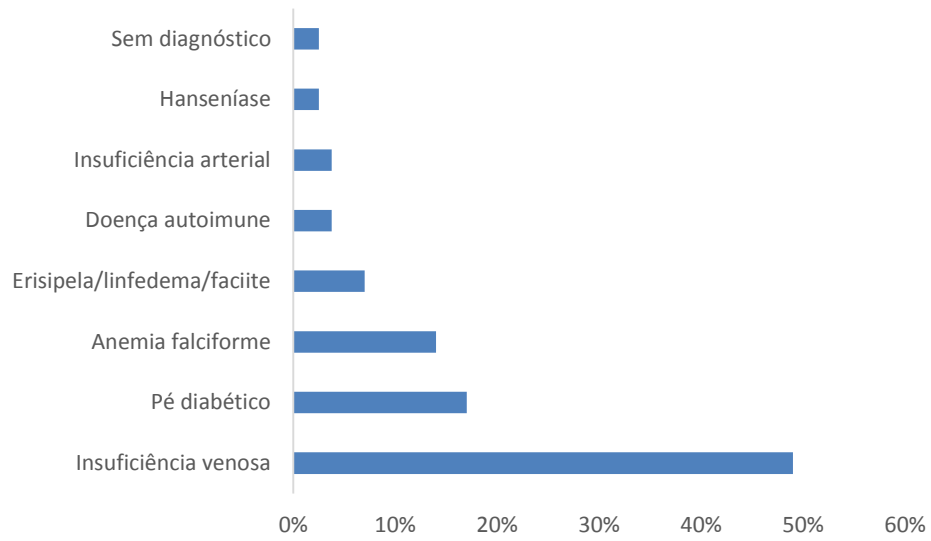
Figura 1: Frequência da etiologia das úlceras crônicas

Tabela 1: Mediana e intervalo interquartílico da idade, IMC, número de doenças, quantidade de úlceras, tempo de ulceração e tempo de doenças entre pacientes do sexo masculino e feminino.

	Feminino	Masculino	Total	Valor p
Idade	56 (45 a 66)	49 (39 a 64)	55 (40 a 66)	0,362
IMC	27 (24 a 32)	28 (23 a 32)	27 (24 a 32)	0,704
Número de doenças	3 (1 a 4)	2 (1 a 4)	2 (1 a 4)	0,329
Quantidade de úlceras	1 (1 a 2)	1 (1 a 2)	1 (1 a 2)	0,624
Tempo de ulceração	30 (5 a 97)	18 (6 a 60)	18 (6 a 84)	0,528
Tempo de doença	96 (24 a 264)	108 (48 a 204)	96 (36 a 240)	0,988

Tabela 2: Relação entre os sexos quanto a ocupação, situação civil e local de residência

	Feminino		Masculino		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Ocupação							
Vínculo com INSS	27	53%	24	49%	51	51%	0.782
Não trabalha	12	24%	6	12%	18	18%	0.184
Trabalha	12	24%	19	39%	31	31%	0.171
Casado							
Não	26	51%	24	49%	50	50%	0.888
Sim	25	49%	25	51%	50	50%	0.888
Residência							
Capital	23	45%	23	47%	46	46%	0.892
Interior	28	55%	26	53%	54	54%	0.900
Total	51	100%	49	100%	100	100%	

Tabela 3: Relação da etiologia entre os sexos masculino e feminino

Etiologia	Feminino		Masculino		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Insuficiência venosa	27	53%	22	45%	49	49%	0.566
Pé diabético	7	14%	10	20%	17	17%	0.418
Anemia falciforme	5	10%	9	18%	14	14%	0.253
Erisipela/linfedema/fasciíte	5	10%	2	4%	7	7%	-
Doença autoimune	4	8%	0	0%	4	4%	-
Insuficiência arterial	0	0%	4	8%	4	4%	-
Hanseníase	2	4%	1	2%	3	3%	-
Sem diagnóstico	1	2%	1	2%	2	2%	-
Total Geral	51	100%	49	100%	100	100%	

Tabela 4: Comorbidades associadas a úlceras crônicas para os sexos masculino e feminino

	Feminino		Masculino		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão arterial	31	61%	16	33%	47	47%	0.040
Diabetes mellitus	13	25%	11	22%	24	24%	0.756
Doenças cardíacas	0	0%	2	4%	2	2%	-
Doenças renais	0	0%	3	6%	3	3%	-
Doenças respiratórias	2	4%	1	2%	3	3%	-
Acidente vascular cerebral	1	2%	2	4%	3	3%	-
Artrite	6	12%	2	4%	8	8%	-
Problemas visuais	13	25%	6	12%	19	19%	0.129
Trombose venosa profunda	7	14%	7	14%	14	14%	0.940
Fratura anterior	4	8%	13	27%	17	17%	0.023
Cirurgia anterior	25	49%	21	43%	46	46%	0.650
Obesidade	17	33%	11	22%	28	28%	0.304

Tabela 5: Sinais e sintomas relacionados à úlcera crônica nos sexos masculino e feminino

	Feminino		Masculino		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Dor na úlcera	35	69%	26	53%	61	61%	0.319
Dor na panturrilha	21	41%	13	27%	34	34%	0.209
Dor articular	17	33%	9	18%	26	26%	0.142
Pressão arterial não controlada	36	71%	26	53%	62	62%	0.264
Prurido	11	21%	6	11%	16	16%	0.235
Edema	34	66%	24	49%	58	58%	0.256
Varizes volumosas	13	25%	6	12%	19	19%	0.138
Lipodermatoesclerose	11	22%	8	17%	19	19%	0.612
Dermatite ocre	20	39%	17	34%	37	37%	0.670
Odor na ferida	6	12%	7	14%	13	13%	0.814
Necrose na ferida	12	24%	4	9%	16	16%	0.062